

To: Mr. Given So

Tel: (852) 22002873 Fax: (852) 22002823

**Health Screening Request Form 預約排檢申請表**

香港童軍總會 總監俱樂部

(團體健康檢查 Company Preferential Program)

**I. Personal Particulars / 受檢者個人資料**

Name 英文姓名: \_\_\_\_\_ 中文姓名: \_\_\_\_\_ HKID 身份證號碼: \_\_\_\_\_ ( )

Date of Birth / 出生日 \_\_\_\_\_ MM/月 \_\_\_\_\_ DD/日 \_\_\_\_\_ Sex / 性別:  Female / 女  Male / 男  
期: \_\_\_\_\_ YY/年

Contact Tel. No. / 聯絡電話: \_\_\_\_\_ Correspondence Address / 通訊地址 (中文): \_\_\_\_\_

E-mail Address / 電郵地址: \_\_\_\_\_

Fax No. / 傳真號碼: \_\_\_\_\_

**II. Health Screening Plan 健檢計劃**

**Plan 1 (\$ 3,500)**

**Plan 2 (\$ 2,500)**

**Plan 3 (\$ 1,500)**

(Paid by examinee by cash, VISA, MASTER Card 診所收款)

**III. Optional Items / 加選項目:**

(Paid by examinee by cash, VISA, MASTER Card 診所收款)

**IV. Booking 預約**

First priority/ 第一選擇日期:

Date: \_\_\_\_\_ MM/月 \_\_\_\_\_ DD/日 \_\_\_\_\_ YY/年  a.m.  p.m.

Second priority/第二選擇日期:

Date: \_\_\_\_\_ MM/月 \_\_\_\_\_ DD/日 \_\_\_\_\_ YY/年  a.m.  p.m.

請選擇你的健康檢查日期並將預約申請表傳真致 **2200-2823** 預約。由於每天的檢查名額有限,請於選定之健康檢查日期七天前預約。客人如因要事需更改預約日期,請在檢查日期前之三個工作天通知美兆香港健檢中心 電話 **2200-2873**。  
Please bring the **Health Screening Kit at the appointment date.**

請健檢者受檢當日帶同健檢袋。

Remarks: All charges and upgrade fees that are borne by examinee should be paid by cash, VISA, MASTER Card upon reporting at the Health Screening Center.

注意: 受檢者請於健檢當日報到時以現金, VISA, MASTER Card 繳交費用。

**For MJ Office Use Only**

Date (MM-DD-YYYY): \_\_\_\_\_

Client Ref. No.

09E21256

Staff Payment

HK\$ \_\_\_\_\_

System No.

Co. Payment

HK\$ \_\_\_\_\_

For enquiry, please contact MJ HK Health Screening Center – Corporate Accounts Division at 2200 2873 Fax 2200 2823 如有查詢,請致電美兆香港健檢中心 – 企業健檢部 電話: 2200-2873 傳真 2200-2823

中心開放時間:

星期二至星期六 上午時段 – 上午 9:15 前到達 ○

星期六 下午時段 – 下午 1:45 開始

(敬請先預約) (Booking in Advance)

中心地址: 香港銅鑼灣告士打道 280 號世貿中心 34 樓.

Our Address: 34/F World Trade Center 280 Gloucester Road Causeway Bay Hong Kong